



ORGANISATIE

pag 04: Missie en visie
pag 06: Voorwoord

pag 08: **Organisatie: Flexibiliteit versus stabiliteit**
pag 09: Integratie MOA / GGD
pag 10: Tabel opgevangen asielzoekers
pag 11: Organogram
pag 12: Praktijkverpleegkundigen in perspectief
pag 13: Tabel formatie MOA Oost Nederland
pag 14: Tabel leeftijdsopbouw, tabel gevolgen krimp
Pag 15: Veiligheid
Pag 16: Tabel scholing, tabel ziekteverzuim



DIENSTVERLENING

pag 19: **Dienstverlening: Over het slaan van bruggen**
pag 19: Toegeleiding en samenwerking
pag 21: Een willekeurige dag bij de MOA
pag 34: Tabel incidenten



KWALITEITSVERSLAG

pag 37: **Kwaliteit 2006: Werken aan samenhang**
pag 38: Proefaudit
pag 40: Schema procesmodel MOA Oost Nederland
pag 41: Doorstart kwaliteitsmanagementsysteem
pag 42: Waardering ketenpartners

pag 44: Jaarrekening
pag 46: (Bijlage) MOA Oost Nederland
pag 47: Gebruikte afkortingen en colofon

Missie

MOA Oost Nederland biedt gezondheidszorg aan asielzoekers door preventie en toeleiding naar de reguliere zorg. MOA Oost Nederland is met haar expertise, in de zorg voor asielzoekers, bruggenbouwer in de zorgketen.

Visie

- * We zijn bruggenbouwer in de zorgketen zodat de asielzoeker zo optimaal mogelijk binnen de Nederlandse gezondheidszorg kan bewegen.
- * Vanuit wederzijds respect leveren we continue, laagdrempelige transculturele zorg.
- * We werken vanuit een holistische mensvisie, met aandacht voor het leefsysteem en de specifieke kenmerken van de asielzoeker.
- * We weten ons gebonden aan wetgeving en mensenrechtenverdragen.



Voorwoord

Het werken met asielzoekers betekent rekening houden met onvoorspelbaarheid. De instroom en bezetting op de centra is afhankelijk van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen op regionaal, landelijk en wereldniveau. Ook 2006 is niet verlopen volgens voorspelbare lijn.

De functionele integratie met de GGD die MOA Oost Nederland in 2006 heeft voorbereid krijgt vooralsnog geen vervolg. Met het COA, onze opdrachtgever, is tegen de verwachting in geen basis gevonden voor de nieuwe bekostigingssystematiek. De dienstverlening op basis van landelijk afgesproken richtlijnen in het MOA programma- en productenboek staat tot op heden ter discussie. De sterke daling van asielzoekers en het daarmee gepaard gaande verlies aan formatieplaatsen heeft zich in 2006 niet doorgezet. De inhoudelijke en bedrijfsmatige redenen voor integratie zijn hiermee vervallen.

Tot op dit moment is onduidelijk hoe de medische opvang van asielzoekers vanaf 2009 zal worden georganiseerd. Kenmerkend voor de MOA wellicht, waar ontwikkelingen nooit met zekerheid zijn te voorspellen. Ondertussen staat het werk niet stil. Hetgeen ons bij de titel van dit jaarverslag brengt: *Wij geven geen krimp*. Laat hiermee expliciet de waardering aan onze medewerkers zijn uitgesproken. Zij zijn het die in deze, ook voor hen onzekere situatie, het werk blijven doen. Dag in, dag uit; met oog en oor voor de bewoners van de centra. Hun recht op adequate gezondheidszorg is uitgangspunt bij alle handelingen.

De MOA staat immers garant voor de toegang tot die zorg, niet als poortwachter, maar als bruggenbouwer. Wij zien onszelf als intermediair tussen asielzoeker en reguliere zorg, verbinden in die rol mensen met elkaar.

MOA Oost Nederland blijft daarbij doorbouwen aan een kwaliteitssysteem, dat de effectieve zorg aan asielzoekers moet garanderen. De proefaudit in 2006 heeft de informatie opgeleverd, die daarvoor noodzakelijk is.

In het jaarverslag en kwaliteitsjaarverslag 2006 wil stichting MOA Oost Nederland inzicht geven in haar bedrijfsvoering en de voor de stichting belangrijke ontwikkelingen op het gebied van zorginhoud en kwaliteit.

Daar bovenop gunnen wij u een levendige kijk in de keuken. Een willekeurige dag op de MOA-locatie van een willekeurig centrum. Hoe ziet dat er uit in de praktijk: bruggen bouwen? Wij hopen hiermee het belang van ons werk aanschouwelijk te maken, ter ondersteuning ook van het eigen geloof in de missie en visie.

Uw reacties zijn welkom...

Jules Kroese, Directeur Uitvoering

Ype Schat, Directeur Bestuurder



ORGANISATIE: FLEXIBILITEIT VERSUS STABILITEIT

MOA Oost Nederland verzorgt de preventieve zorg en de begeleiding naar de reguliere zorg in de provincies Gelderland en Overijssel. MOA-medewerkers zijn voor asielzoekers de eerste schakel in de keten van zorgaanbieders. MOA Oost Nederland ziet zichzelf als intermediair. Zij bouwt de noodzakelijke bruggen naar de gezondheidszorg in Nederland, zodat de asielzoeker zijn weg weet te vinden.

De tijdelijke opening van twee TNV's (Tijdelijke Noodvoorzieningen) en sluitingen van deze en andere locaties leidden in 2006 tot wisselingen in de teams. Hierdoor kwam de continuïteit van de dienstverlening onder druk te staan. De inspanningen van teamcoördinatoren en het management waren er met name op gericht om de kwaliteit en continuïteit van zorg te garanderen. De aandacht op operationeel niveau gaat in deze situatie naar het zorgvuldig overdragen van werkzaamheden en het (schriftelijk) vastleggen van werkafspraken met externe zorgverleners, de ketenpartners.

Het PIP-project (Praktijkverpleegkundigen in Perspectief) en de aandacht voor het veiligheidsbeleid zijn voorbeelden van verdere inspanning om stabiliteit te creëren in de dienstverlening.

Een dienstverlening die zich afspeelt in een altijd onvoorspelbare omgeving. Zo blijken twee belangrijke ontwikkelingen zich in 2006 ook anders dan verwacht te hebben voorgedaan:

- * De sterke daling van het aantal asielzoekers en het daarmee gepaard gaande verlies aan formatieplaatsen bleef uit. Desondanks is het aantal teams teruggebracht van vijf naar vier en is het aantal (staf)medewerkers op het Regiokantoor verminderd.
- * De nieuwe bekostigingssystematiek die landelijk zou worden doorgevoerd vond geen doorgang. Tot op dit moment vinden er contractbesprekingen plaats met het COA. Nu de bedrijfseconomische noodzaak is vervallen, is de geplande functionele integratie van MOA met de GGD stopgezet.

De omgeving waarbinnen de MOA werkt is nooit stabiel. De organisatie van de dienstverlening doet een blijvend beroep op de flexibiliteit en professionaliteit van de MOA-medewerkers.

INTEGRATIE MOA/GGD

In maart 2001 stelt de Bestuurscommissie MOA en het bestuur van GGD Nederland vast dat verdere integratie tussen MOA en de GGD'en wenselijk is. De asielzoeker kan immers als een risicogroep worden gezien zoals de GGD er velen heeft en past goed in de wereld van de GGD. Daarnaast bedreigt de krimp de continuïteit en de kwaliteit van de afzonderlijke MOA-stichtingen, waardoor een nauwere samenwerking met de GGD nodig is. De termijnen én de meest eigenlijke vorm van integratie werden toen door de Bestuurscommissie niet gedefinieerd, maar in de jaren na 2001 hebben alle MOA-stichtingen gekozen voor een vorm van professionele en/of functionele integratie met de GGD.

MOA Oost Nederland heeft vanuit deze opdracht in 2006 toegewerkt naar functionele integratie. De werkgeversrol blijft in dit geval bij het management van de MOA liggen. De (inhoudelijke) aansturing van de medewerkers wordt ingebed en overgenomen door de GGD. In december 2006 werd het projectplan 'Functionele integratie, een logische stap voor MOA Oost' ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Toezicht. Echter, vanuit de begrotingscijfers van het COA was inmiddels duidelijk dat MOA Oost Nederland in 2007 een stabilisatie en mogelijk zelfs lichte groei tegemoet zou gaan. Dit nam de noodzaak tot integratie vanwege bedrijfsmatige redenen weg.

Ook werd eind 2006 duidelijk dat de dienstverleningsovereenkomst tussen het COA en GGD Nederland mogelijk door het COA opgezegd zou worden. Beide ontwikkelingen leidden naar het advies van de Raad van Toezicht om het traject van functionele integratie (voorlopig) stop te zetten. Dit advies is overgenomen door de Directeur Bestuurder.

De samenwerking van MOA Oost Nederland met de GGD staat hiermee niet stil. MOA Oost Nederland gelooft dat professionele samenwerking en uitwisseling bij kan dragen aan een betere zorg. Dan gaat het om vakinhoudelijke ondersteuning, informatievoorziening of consultatie en deelname aan Intercollegiale Toetsing (ICT).

PRODUCTAFSPRAKEN

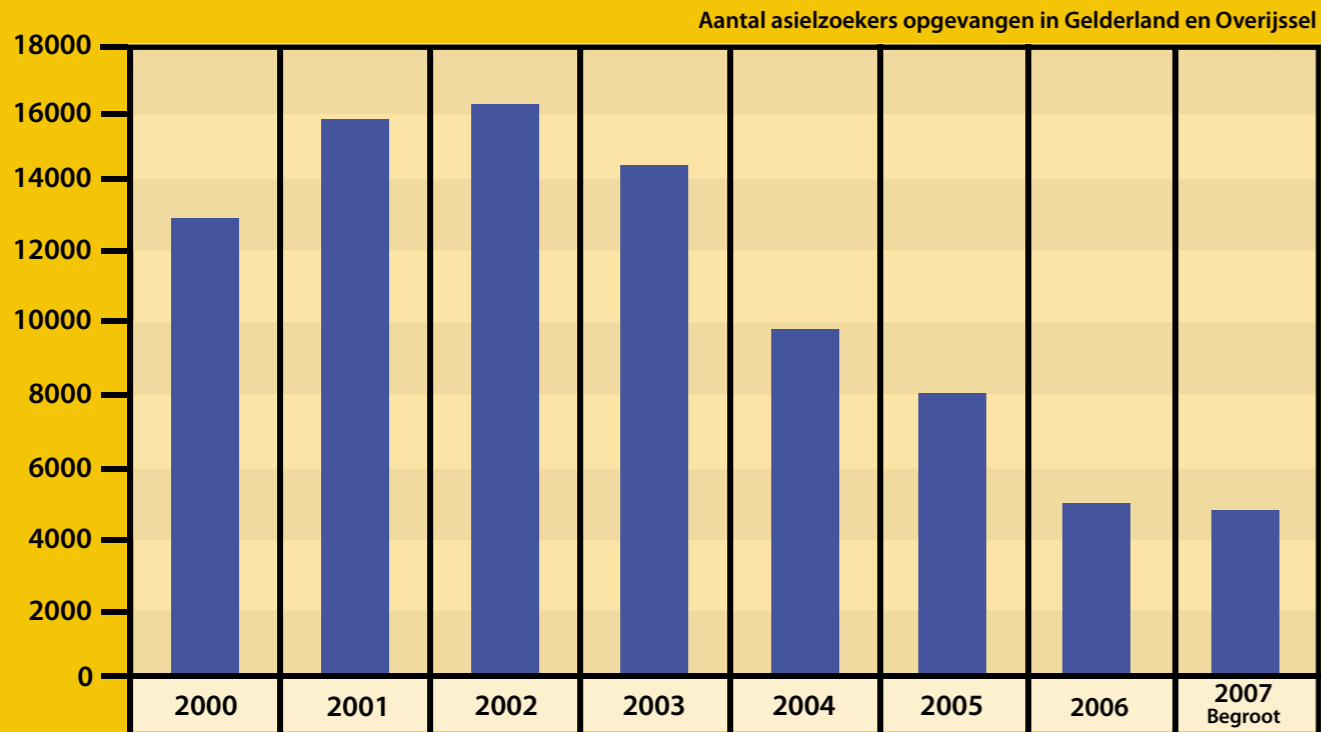
De MOA heeft met de GGD-en in Gelderland en Overijssel productafspraken gemaakt. Elke GGD biedt een zelfde basispakket ter ondersteuning van de uitvoering van de MOA in haar regio. Binnen dit basispakket concentreert de taakstelling van de GGD zich op:

- * de achterwachtfunctie
- * de inhoudelijke ondersteuning en
- * de signaalfunctie naar de reguliere zorg(keten)

Afhankelijk van de eigen expertise biedt een GGD extra taken, benoemd als pluspakket. De uitvoering van de productafspraken wordt bewaakt door de aandachtsfunctionaris MOA van de GGD-en.

De productafspraken hebben in 2006 geresulteerd in:

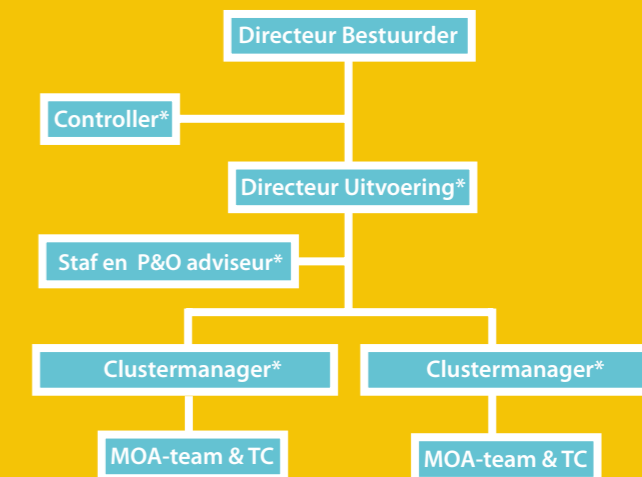
- * een regionaal scholingsaanbod Huiselijk Geweld/Kindermishandeling voor MOA medewerkers
- * deelname aan ICT door JGZ verpleegkundigen binnen GGD Nijmegen en GGD Regio Twente
- * werkplekken op de GGD-en voor sociaal verpleegkundigen en GVO functionarissen
- * adviesnota en implementatieplan Integratie Intercollegiale Toetsing van de artsen Maatschappij & Gezondheid in Oost Nederland



Organogram MOA Oost Nederland

GGD'en van het MOA samenwerkingsverband:

- * GGD Gelre-IJssel
- * GGD IJssel-Vecht
- * Hulpverlening Gelderland Midden
- * GGD Nijmegen
- * GGD Rivierendal
- * GGD Regio Twente
- * GGD Regio Noord Veluwe



* Deze functies vormen het managementteam

In het organogram wordt de structuur en de onderlinge verhoudingen van MOA Oost Nederland weergegeven. Ook de verantwoordelijkheden zijn hiermee in grote lijnen vastgelegd:

- Het managementteam is verantwoordelijk voor het vaststellen van de kaders waarbinnen de MOA-teams functioneren.
- De MOA-teams worden in randvoorwaardelijke sfeer gefaciliteerd door het clustermanagement.
- Elk MOA-team heeft een eigen, gedeelde teamcoördinator.
- Een gedetailleerde taak- en functieomschrijving wordt beschreven in functieprofielen.

PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGEN IN PERSPECTIEF

Gevoelens van machteloosheid rond het asielbeleid en de gevolgen daarvan voor de individuele asielzoekers, de wisselingen in de teams en het veelvuldig moeten inspringen op andere locaties hebben waarschijnlijk bijgedragen aan een hoog ziekteverzuim onder (met name) praktijkverpleegkundigen. Deze veranderlijke werkelijkheid is echter een constante en stelt bijzondere eisen aan de professionaliteit en flexibiliteit van de medewerkers. Het PIP-project (Praktijkverpleegkundigen in Perspectief) is in 2006 uitgevoerd om praktijkverpleegkundigen beter toe te rusten op hun taak.

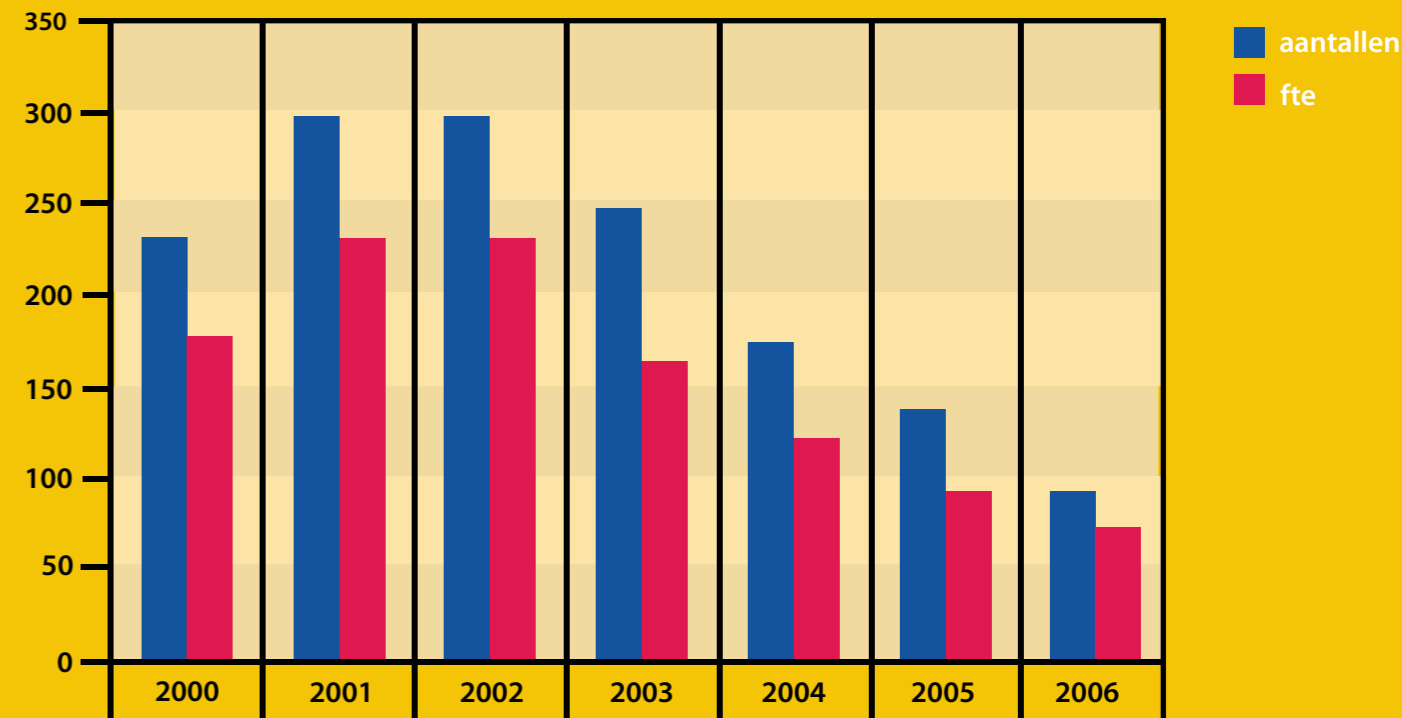
Alle praktijkverpleegkundigen zijn bijgeschoold in het Neumanns System Model (NSM). Gezamenlijk is op basis van dit model een visie ontwikkeld, die handvaten biedt voor het werk in de praktijk. Het NSM is het geëigende model voor het MOA werk, omdat het:

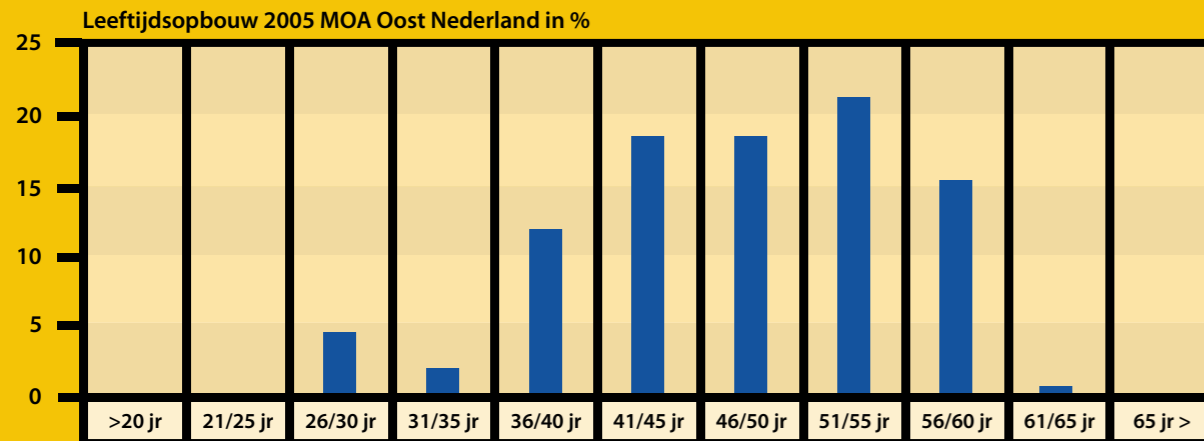
- * naast een systeemtheorie, ook gebaseerd is op een preventietheorie en een stress coping theorie, die goed aansluit bij de doelgroep,
- * als gangbaar model werkt met termen die breed herkend worden in de medische wereld,
- * er in Nederland veel kennis en ervaring is in het werken met het NSM,
- * als relatief nieuw model gebruik maakt van nieuwe inzichten, bijvoorbeeld waar het gaat om culturele en spirituele kenmerken in de beleving van gezondheid; en juist dit het gesprek met de asielzoeker over zingeving en levensinvulling openbrekt,
- * de zelfredzaamheid van de cliënt voorop stelt,
- * het belang van interculturele communicatie waarborgt,
- * in een multidisciplinaire setting goed toepasbaar is.

De landelijke werkdocumenten zorgcoördinatie, die in 2007 worden geïmplementeerd, sluiten aan op het NMS, zodat er nu een gedegen basis ligt voor het werk in de praktijk.

Als uitkomst van het PIP-project is Intercollegiale Toetsing (ICT) en duocoaching in gang gezet. Praktijkverpleegkundigen gebruiken de ICT voor het bespreken van vaktechnische kennis, professioneel handelen en de inrichting van werkprocessen. Het bevordert een professionele werkwijze door vergelijking en bespreking van het eigen, actuele handelen met normen en richtlijnen van professionals uit dezelfde discipline.

Formatie MOA Oost Nederland





Gevolgen Krimp	2004	2005	2006
Overgeplaatst naar ander team	46	32	19
Totaal uit dienst vertrokken	62	40	39
* Waarvan met replaquantenregeling	26	19	9
Herplaatsers:	26	30	9
*Waarvan intern geplaatst	9	0	3
*Waarvan extern geplaatst	8	14	2
*In wachtgeld	6	5	4
*Nog onbekend	3	11	0

VEILIGHEID

MOA Oost Nederland heeft in 2006 een integraal veiligheidsbeleid ontwikkeld, waarin de afzonderlijke regelingen en procedures in samenhang zijn beschreven. De preventiemedewerker, die is aangesteld waarborgt de coördinatie van het Arbo/veiligheidsbeleid. Hierbinnen voeren sociaal verpleegkundigen twee maal per jaar een veiligheidscontrole uit op de locaties.

Teamcoördinatoren zijn verantwoordelijk voor de minimaal gewenste bezetting, twee medewerkers op elke locatie. Tijdens functioneringsgesprekken of werkoverleggen wordt de checklist 'Veilige werkplek' besproken.

Ingrijpende gebeurtenissen en agressie

Incidenten worden door medewerkers gerapporteerd en per kwartaal door de personeelsadviseur geanalyseerd. Er is een protocol voor prik-, bijt- en snij-accidenten en in 2006 heeft het management het agressieprotocol vastgesteld.

Opvang en nazorg

MOA Oost Nederland heeft een opvangteam ingesteld en opgeleid. Bij ongewenst gedrag kunnen medewerkers een beroep doen op de vertrouwenspersoon.

De OR heeft dit jaar een eigen jaarverslag uitgebracht. Alle medewerkers hebben dit ontvangen.

CONCRETE MAATREGELEN GENOMEN

Het medewerkerstevredenheidsonderzoek heeft tot een aantal concrete maatregelen geleid:

- * Instellen van afstemmingsoverleg voor de differentiaties
- * Opstellen klachtenprocedure medewerkers
- * Invoeren veiligheidsbeleid
- * PIP-project

Scholing	
Omggaan met agressie; opfrustraining voor allen:	34 deelnemers
EHBO/reanimatie herhalingscursus; bestemd voor PV : (inclusief enkele deelnemers die de basiscursus nog niet volgden) 2 cursusgroepen	30 deelnemers
Kindermishandeling/huiselijk geweld; bestemd voor verpleegkundigen en artsen JGZ en praktijkverpleegkundigen:	40 deelnemers
Gespreksprotocol genitale verminking; bestemd voor verpleegkundigen en artsen JGZ en praktijkverpleegkundigen:	58 deelnemers
Medische terminologie & medische administratie (MRA); bestemd voor administratieve medewerkers:	16 deelnemers
Nazorg calamiteiten, opvang en nazorg; bestemd voor teamcoördinatoren/clustermanagers:	2 deelnemers
Omggaan met agressie; bestemd voor allen: 1 cursusgroep	5 deelnemers

Om financiële en organisatorische redenen is het aantal cursussen in 2006 beperkt tot de noodzakelijke scholing. Individuele opleidingen en deskundigheidsvragen worden beoordeeld en gehonoreerd vanuit clusterbudgetten. Vrijwillige outplacement-trajecten zijn in 2006 stopgezet.

Ziekteverzuim in %	2004	2005	2006
Exclusief zwangerschapsverlof	9,60%	10,80%	5,60%
Inclusief zwangerschapsverlof	12,43%	12,10%	6,50%
Meldingsfrequentie en duur			
Frequentie	2,1	1,57	1,60
Duur	19,46	23,20	18,20

Het ziekteverzuimpercentage is berekend door het aantal door ziekte verzuimde dagen in procenten af te zetten tegen het totale aantal beschikbare dagen in betreffende periode. De meldingsfrequentie geeft het aantal keren weer dat men zich gemiddeld heeft ziek gemeld. De duur is het aantal dagen dat een ziektegeval gemiddeld duurt.

Formatie

Indeling van medewerkers naar functie (aantallen respectievelijk full time eenheden)

Functie	2004		2005		2006	
Sociaal verpleegkundige	25	16,24	6	3,78	5	2,89
JGZ verpleegkundige	19	12,92	11	7,06	7	4,4
Praktijk verpleegkundige	39	29,82	42	30,64	30	21,74
GVO verpleegkundige	10	5,33	9	5,01	5	3,17
Administratief medewerker	47	32,32	38	26,38	27	18,55
Sociaal geneeskundige AGZ	8	5,54	7	5,3	5	3,46
Sociaal geneeskundige JGZ	10	6,93	8	5,15	5	3,33
Teamcoördinator	9	5,18	5	4,29	4	3,29
Regiomanagement & staf	10	8,95	8	6,75	7	5,36
Totaal	177	123,23	134	94,36	95	66,19



DIENSTVERLENING: OVER HET SLAAN VAN BRUGGEN

De dienstverlening van de MOA richt zich op preventie en begeleiding naar de reguliere zorg. Managementrapportages, meldingen en auditrapportages geven een beeld over het gebruik van de zorg door asielzoekers en de organisatie die daarvoor nodig is. MOA Oost Nederland legt in kwartaalrapportages verantwoording af aan het COA, haar opdrachtgever. In de kwartaalrapportages verzamelt MOA Oost Nederland de belangrijkste resultaten uit het primaire proces.

Krimp en sluitingen van centra zijn van invloed op de uitvoering van alle werkprocessen. Wisselingen in de personele bezetting op de centra zorgen er voor dat extra aandacht uitgaat naar de samenwerking met ketenpartners. MOA Oost Nederland heeft met het PIP-project (Praktijkverpleegkundigen in Perspectief) de continuïteit van de zorg willen waarborgen. Met de taakverschuiving van sociaal verpleegkundigen naar praktijkverpleegkundigen, afgerond in 2006, concentreren de meeste MOA-taken zich rond de functie van de praktijkverpleegkundige. In de evaluatie van deze operatie geven praktijkverpleegkundigen aan dat ze zich voldoende toegerust voelen. Dit ondanks de werkdruk die ze ervaren door de uitbreiding van hun taken met de begeleiding naar de GGZ en het afnemen van de intakes.

De kaders hierna geven een samenvatting van de belangrijkste resultaten van de zorg. Het journalistieke verslag daarnaast, is te lezen als een inkleuring van deze misschien wat droge feiten. De MOA werkelijkheid is veelkeurig en levendig. Elke willekeurige dag opnieuw...

TOEGELEIDING EN SAMENWERKING

Naar omvang is de druk op het praktijkverpleegkundig spreekuur in de loop van 2006 gelijk gebleven. Gemiddeld wordt ongeveer een derde van de cliënten ook gezien door de huisarts. Naar benadering redt een zelfde percentage van de cliënten zich met de adviezen en individuele voorlichting van de praktijkverpleegkundige.

MOA Oost Nederland is over het algemeen tevreden over de toegankelijkheid van de externe zorgverleners. Meer specifiek valt op te merken:

- * De begeleiding naar de huisartsen verloopt op vrijwel alle locaties conform de werkafspraken.
- * De toegang tot de tandartsenzorg is redelijk tot goed, afhankelijk van de individuele zorgverlener.
- * De samenwerking tussen MOA en GGZ binnen het PIT/RIBW-project, gestart in azc Schalkhaar, verloopt zonder problemen.
- * De werkafspraken met GGZ-instellingen zijn schriftelijk vastgelegd. Regelmatige besprekingen naar aanleiding van casuïstiek bevorderen een juist geïndiceerde begeleiding. Opgelopen wachttijden binnen de GGZ zorgen voor extra druk (overbrugging) op de MOA.

Aandachtspunten in de samenwerking met de externe partners betreffen:

- * De continuïteit in de samenwerking.
- * De tijdigheid van informatie over ontwikkelingen in de opvang.
- * De vele verhuizingen van asielzoekers.
- * De weigering van enkele externe zorgverleners om gebruik te maken van tolkendiensten.
- * De professionele samenwerking met de GGD-en voor met name JGZ en GVO.
- * De knelpunten in de aanvraag voor medisch geïndiceerd vervoer.
- * Het realiseren van vaste contactpersonen voor de GGZ.
- * Het terugdringen van het gebruik van MOA-werkruimtes door externen.



EEN WILLEKEURIGE DAG BIJ DE MOA

Ruim voor half negen. Loes opent de deuren van de medische opvang van azc Schalkhaar. De schoonmaakster is al binnen en rondt de dweilgang in de achterste kantoren af. We trekken de jas uit en zetten onze tas in de hoek. 'Ga lekker zitten', nodigt Loes mij uit. Ze kijkt in het nachtrapport van Trigion, de beveiligingsdienst op het azc. Bijzonderheden? 'Mevrouw Qian is vannacht naar het ziekenhuis gebracht. Door de verloskundige zelf, gaat meestal sneller dan een taxi bellen. Ben benieuwd, volgens mij was ze ruim uitgeteld...'; zegt Loes. 'Verder niets, geen ANW (Avond-, Nacht- en Weekenddienst) ingeschakeld, dat is mooi. Als er 's nachts iets gebeurt kan de beveiliging met de ANW bellen, daar zitten verpleegkundigen aan de lijn, back-up van de MOA.' legt Loes uit. De anderen druppelen binnen. Ludy, collega praktijkverpleegkundige, Franciske van de administratie. Ali, de jeugdarts, net terug van vakantie; Warry, jeugdverpleegkundige en 'dokter' Bart, sociaal geneeskundige. De dag kan beginnen. Hoe het verloopt, is nooit precies te zeggen, wordt mij verzekerd. We zijn hier bij de MOA, immers...*

9.00 uur eerst overleggen

Natuurlijk wordt er overlegd. 's Ochtends is er het gezamenlijke overleg met het COA, de beveiligingsbeambte van Trigion, De KCO-coördinator, die zich bezig houdt met de mensen die zelfstandig wonen en administratief onder het azc vallen, en een medewerker van het PIT/IBW-project. Een aantal units op het terrein zijn gereserveerd voor mensen met een psychiatrische beperking of gedragsproblematiek. 'Deze mensen hebben meer structuur en begeleiding nodig om overeind te blijven', vertelt Audrey, de PIT/IBW medewerkster mij later. 'Schalkhaar is het tweede azc waar een dergelijke unit met ondersteuningsstructuur is opgezet, het is een voortzetting van het project dat in azc Crailo is begonnen. Azc Crailo is inmiddels gesloten.'

Loes vertegenwoordigt de MOA vanochtend. De overdracht is kort, er zijn geen bijzonderheden. Nou ja, het water wordt een paar uur afgesloten vandaag, nog onbekend wanneer. Loes, als we een kwartiertje later teruglopen naar het MOA-gebouw: 'We houden elkaar op de hoogte, belangrijk, vooral om te voorkomen dat bewoners via meerdere loketten hun gelijk proberen te halen. Kijk, alle bewoners willen bijvoorbeeld graag een kamer voor zichzelf en proberen dus argumenten te bedenken waarom zij nu juist die eigen kamer moeten hebben. Lukt het niet bij het COA, proberen sommigen het bij de MOA. Logisch, maar niet wenselijk. Je wilt samen één lijn trekken, dat bewoners hetzelfde verhaal horen, van het COA en van ons.'

Loes houdt niet van dralen. Terug aan de koffietafel bij de MOA opent ze het eigen overleg. Er wordt een rondje gemaakt. 'Dat het verhaal niet alleen over de praktijkverpleegkundigen moet gaan', oppert Warry. 'Als het om bruggen slaan gaat, weet ik nog wel wat te vertellen.' Ali knikt driftig. Weliswaar vormen de praktijkverpleegkundigen in aantal de overgrote meerderheid, zeker nu zij taken van de sociaal verpleegkundige hebben overgenomen... dat wil niet zeggen dat de MOA bij de praktijkverpleegkundige ophoudt. Waarvan akte.

INTAKES

Het uitvoeren van de intake binnen de gestelde termijn van zes weken wordt bemoeilijkt door de sterk wisselende in- en uitstroom. In frequente gevallen werden asielzoekers al uitgeplaatst voordat de intake stond gepland.

MOA Oost Nederland heeft vergeleken met vorige jaren, in 2006 meer intakes op een Terugkeerlocatie uitgevoerd. Inplaatsing van asielzoekers met een Dublinclaim vanuit een TNV was een belangrijke oorzaak. Hoewel van deze groep nauwelijks medische informatie beschikbaar was, werd de MOA wel geconfronteerd met een duidelijke zorgachterstand. Intake leverde gegevens op die nodig zijn voor het opstellen van een zorgplan.



'Het uitleencentrum had geen rolstoel voor mevrouw Ksolo. Ze heeft haar knie gebroken. Dat kan dus niet. We kijken of er ergens op het centrum nog een stoel te vinden is. Met een linkerbeensteun.' Tot zover de medische feiten. De dag begint. Ik mag met het spreekuur van Ludy meekijken. Voor zover bewoners daarvoor toestemming geven. Dat wordt consequent vooraf gevraagd, spreken we af en daar houdt Ludy zich aan, zo blijkt. De geheimhoudingsplicht heb ik al ondertekend. MOA Oost houdt zich netjes aan het protocol. Zorgvuldigheid boven alles.

9.30 uur spreekuur

Ludy haalt de mensen zelf uit de wachtkamer –die zit redelijk vol trouwens. Dit geeft de mogelijkheid om alvast wat informeel contact te maken. azc Schalkhaar zit in de oude legerkazerne. Dat betekent stenen gebouwen voor de bewoners. De meeste centra zijn opgetrokken uit prefab houten barakken. De MOA zit wel weer in een houten barak, maar toch comfortabel ruim opgezet. Veel kamers, brede gangen. Dat geeft lucht.

Ludy is jong, ergens rond de dertig, maar werkt al zo'n acht jaar bij de MOA. 'Nu weer als praktijkverpleegkundige, na 1,5 jaar GVO,' zegt ze, bijna schuldig. Ze miste het individuele contact met de bewoners.

Als praktijkverpleegkundige heb je veel zelfstandigheid. Je moet snel kunnen beslissen. Is dit geval pluis of niet pluis. Naar de huisarts, of redt hij zichzelf. De klachten zijn sterk wisselend. Een moeder die bezorgd is om de eczeemachtige uitslag op de wang van haar zoon. Twee zussen, waarvan één met een ontstoken teen. 'Ik ben daar geopereerd, het deed zo'n pijn. Niet weer, dat wil ik niet weer.' Veel vermoeide mensen, heel moe. En een beetje verslagen, zo lijkt het, vooral bij de oudere bewoners. Rugpijn, maagpijn, alle tanden er uit, maar geen goede prothese. Diabetes, te hoge suiker. Een scala aan zogenaamde vage klachten. De indruk die blijft hangen is uitgeblust, geen energie. Het leven heeft ze flink te pakken genomen, zo lijkt het. En tsja, je zal er maar zitten en maar wachten, wachten en hopen en wachten. De twee zussen zijn blijer. Ze herkennen Lynda, de beleidsmedewerker die aanwipt, nog uit Den Ham. 'Wij krijgen zeker een vergunning,' zeggen ze spontaan en beslist. 'Het generaal pardon is er voor ons, dat weten wij al. Wij zitten hier al tien jaar'. Tien jaar rondgezworven, van huis naar centrum, naar ander centrum. Ze zijn vastberaden. Verbeten bijna, straks begint het echte leven.

Ping, de GVO verpleegkundige, relativeert mijn indruk 's middags. 'Het hoort er een beetje bij voor hen, je gaat niet vrolijk naar de dokter. Op de voorlichtingsmarkten die wij organiseren, vraag ik altijd zittende praktijk- en jeugdverpleegkundigen om achter de standjes te staan. Ze zien de mensen dan heel anders.

OVERDRACHT DOSSIERS

Het blijft moeilijk om binnen de vastgestelde termijn van 48 uur/2 werkdagen de (interne en externe) overdracht te realiseren Oorzaken:

- * De informatie over vertrekkende asielzoekers is soms te laat bekend.
- * JGZ verpleegkundigen zijn te beperkt aanwezig op het centrum, om de medische kaart tijdig te kunnen aanvullen.
- * Ex-asielzoekers die (met een verblijfsvergunning) zelfstandig gaan wonen, geven hun nieuwe huisarts niet op tijd door.

Inkomende dossiers blijken voor het grootste deel ook niet binnen de vastgestelde termijn op de nieuwe locatie aan te komen. Dossiers voor nieuw aangekomen asielzoekers worden in de O&L-locatie conform protocol aangemaakt. Op Terugkeerlocaties worden dossiers in principe aangemaakt voor nieuwgeborenen of in het kader van gezinshereniging. Van asielzoekers die geruime tijd buiten de centrale opvang hebben gewoond blijkt een medisch dossier vaak niet te achterhalen.



In hun gewone doen. Dat geeft wat tegenwicht en tegelijk kom je op een meer spontane manier met mensen in contact. Gewoon een beetje kletsen. Hee, hoe gaat het; zo'n markt heeft een lage drempel en er gebeuren ook leuke dingen.'

Ludy constateert de paradox in het MOA-werk, voor haar nog steeds een worsteling: 'Bij een intake lopen we alle zaken langs. Je verzamelt veel informatie. Maar dan. Wat moet ik als een vrouw zegt, dat ze erg verdrietig is omdat ze haar religie niet meer zo kan beleven als thuis. Wat kan ik haar bieden? Wat te doen als iemand intensieve en langdurige hulp nodig heeft, maar je weet dat ze in korte tijd moet vertrekken of overgeplaatst wordt? Als je veel vraagt, wek je ook de verwachting dat je veel kan doen. Dat is vaak niet zo. De mogelijkheden zijn beperkt. Eenvoudig ook door de situatie, waarin mensen verkeren. Ik probeer efficiënt te werken. Tijdens het spreekuur heb ik tien minuten. Ik ga in op de vraag van de mensen. Het medische probleem. Als ik echt denk dat er meer aan de hand is, meer dan ik al weet, vraag ik mensen 's middags terug te komen. Dan is er meer tijd. Of ik weet dat het niet voor mij is. Vraag ik de sociaal geneeskundige erbij.'

11.00 uur dokter Bart

Zoals meneer Peroni. Hij zou gister bij Bart langs, maar is om onduidelijke reden niet geweest. Hij heeft zich vanochtend voor het spreekuur gemeld. Ludy praat kort met hem. Hij is onrustig en gespannen. Zit geen moment stil, rekt zich telkens gespannen uit. Hij laat Ludy een kladbriefje zien. 'Dit zijn de nummers van mijn contactpersoon. Van de noodopvang.' Hij kijkt wanhopig. Ludy kijkt bij Bart achter de deur. Hij maakt tijd voor meneer. Ludy: 'Vergeleken met gisteren is deze meneer al een stuk rustiger. Maar nee, het gaat 'm niet goed, dat is duidelijk.' Bart vertelt er weinig over, als ik hem er later naar vraag. 'Waarschijnlijk heeft hij wel hulp nodig. Ik houd de vinger aan de pols.' Als sociaal geneeskundige onderschept hij de moeilijke gevallen. In overleg met de huisarts kan er medicatie worden voorgeschreven. Doorverwijzen gebeurt ook, maar ook hier is dat geen gespreid bed. Bart: 'De GGZ is iets toegankelijker geworden. Vroeger namen ze mensen sowieso niet in behandeling als er geen redelijke kans op verblijf was. Begonnen ze niet aan. Nu gaat het iets gemakkelijker. De coördinator GGZ werkt alleen nog maar op provinciaal niveau. Daar melden we de structurele tekortkomingen in de zorg. Blijft dus dat we met elke afzonderlijke psychiaterisch verpleegkundige in gesprek moeten als het gaat om de afstemming op de werkvloer. Dat kost tijd. Daarbij verschilt de aanpak per GGZ nogal. Bij de een voeren ze voornamelijk gesprekken. Bij de ander kun je het hele pakket krijgen, creatieve therapie, relatietherapie, noem maar op. Dat is meer een cultuurverschil per instelling, geldt niet alleen voor asielzoekers.' De theorie is schoon; toegeleiding naar de GGZ indien nodig, de praktijk weerbarstiger. Bart: 'Natuurlijk zit de GGZ ook in een lastig parket. Voorwaarde voor succes in een behandeling is toch een enigszins stabiele situatie...

TBC-SCREENING

Alle asielzoekers die in de centrale opvang verblijven worden op tbc gescreend. In 2006 werd de verplichte eerste screening in 25 tot 30 procent van de onderzoeksgroep niet binnen een week na aankomst uitgevoerd.

Bewoners, ingeplaatst uit een TNV, zijn nogmaals gescreend, wanneer de administratieve gegevens niet door de TNV konden worden aangeleverd. Incidenteel komt het voor dat bewoners het centrum verlaten (MOB = met onbekende bestemming vertrokken) voordat zij zijn gescreend.

Hart van Brabant is als GGD verantwoordelijk voor het administratieve proces (de oproep) voor de vervolgscreeningen. In de overgangsfase is het niet gelukt alle asielzoekers tijdig, op het juiste moment op te roepen.



11.45 uur spreekuur (reprise)

Het spreekuur zit er op als Ludy bij een laatste jongen de koortslijp heeft afgedept. 'Tomorrow, it will be better', stelt ze hem gerust. Van de negen bewoners, gaan er maar liefst zes nog eens naar de huisarts. Deze komt morgen op het centrum. 'Lichte gevallen kunnen naar de praktijk in Schalkhaar worden verwezen', zegt Ludy, 'zo is de afspraak, anders wordt het hier te druk. De huisarts komt hier maar twee keer in de week.' Bij een van de andere cliënten zit nog wat nawerk. Ludy: 'Hier moet ik alles even goed op een rijtje zetten. Bij deze meneer zijn alle tanden getrokken, maar hij lijkt geen prothese te willen. Die afspraak moet ik controleren. Tegelijk krijgt hij medicijnen van de psychiater. Daar moet hij ze eigenlijk opnieuw weer vandaan krijgen, maar je hebt hem gezien. Het streven naar zelfredzaamheid gaat niet voor iedereen op. Heb ik ook nog een nieuw recept van het ziekenhuis en ik weet niet of de psychiater weet dat hij deze nieuwe pillen ook krijgt. Zoiets kunnen we hem zelf niet laten uitzoeken en ik moet zeker weten, dat alle betrokkenen van elkaar weten, wat er voorgeschreven wordt. Ik kan mijzelf ook afvragen of dat wel mijn verantwoordelijkheid is, dan doe ik mijn werk vast ook nog wel goed, maar in de praktijk bestaat de kans dat er dan zaken mislopen. Als praktijkverpleegkundige heb ik ook een coördinerende taak, juist in dit soort situaties.'

Ludy en Loes kunnen aan het nawerk. De acties ondernemen, die met de cliënten zijn afgesproken. Ver in de middag zie ik ze nog druk bezig; bellen, dossiers bijwerken, overleggen.

12.30 uur GVO in de praktijk

Franciske en ik roken om de hoek (buiten beeld) een sigaret. Frêze komt langs. Eigenlijk werkt hij vandaag niet, maar hij moet nog wat spullen halen; voor de markt morgen in Raalte. Hij draait een sjekkie en steekt van wal: 'Kijk we hebben net een vijftal bewoners opgeleid als voorlichter, peereducators. Aserag, een zelforganisatie van asielzoekers is dit project in Groningen gestart. Samen met GGD Groningen is een methode ontwikkeld, waarbij asielzoekers op het centrum seksuele voorlichting geven, gericht op Soa/Aids preventie. De peereducators leggen contacten en praten met de mensen. De mensen vertrouwen hen, ze spreken de eigen taal. Wat gebeurt er vervolgens. Eén van die bewoners is bij het stempelen uit de rij geplukt en in bewaring gesteld. Mocht niet eens zijn spullen van de kamer halen. Dat was nou de man, die hier de condooms uitdeelde, want dit is toch vaak nog een taboe. Ja, Franciske, ze halen ze niet bij jou van de balie vandaan.' Frêze maakt ons deelgenoot van zijn gedachten. Niet bitter, niet zuur, meer als constatering: waar zijn we mee bezig. En...wat kunnen we hier, in deze situatie het best doen. Alsof hij ons mee wil laten denken, voelen.

Ping stapt uit haar Saab en loopt vrolijk op ons clubje af. Frêze nog: 'Gelukkig is het gelukt om de overgebleven GVO'ers bij elkaar te krijgen, dat we als één club optrekken, met een eigen coördinator.' Ping: 'Er gebeuren nog heel mooie dingen, Frêze. Kijk hier, Schalkhaar leeft weer. Er is hier een vrouwengroep, terwijl iedereen zei, dat lukt je nooit. Zie, het is ons gelukt. Gister liep ik over het

TECHNISCHE HYGIËNE

De inspectie van de technische hygiënezorg, veiligheid en het binnenmilieu is in 2006 op alle locaties twee keer uitgevoerd. De uitkomsten zijn vastgelegd en de rapportages besproken met de locatiecoördinatoren van het COA. Het COA staat voor een actieve aanpak. Schoonmaak binnen de locaties houdt een hoge prioriteit. De notitie *Hygiëne en Veiligheid* moet na bespreking met het Hoofd Wonen (COA) leiden tot een meer effectieve aanpak, gedragen door beide partners (MOA en COA) op het centrum.



centrum en kom ik die ene mevrouw tegen, toe, hoe heet ze nu ook al weer. Ze was bij Ludy op het spreekuur geweest, heel verdrietig. Ze zat hier helemaal alleen, niemand had ze. Ludy had mij ingeseind. Ik heb er een van de vrouwen op af gestuurd. En is ze nog bij je langs geweest, vraag ik haar. Jaja, knikte ze heftig. Helemaal blij. Dat doen we. En het mannenkookproject, Frêze, dat is toch fantastisch.' Naar mij: 'Er blijken ontzettend veel alleenstaande mannen te zitten. Op elk centrum. Geen idee, hoe of wat ze moeten koken. Heb ik een mevrouw gevraagd uit Azerbeidzjan, kan fantastisch koken; wil je komen helpen. Met zijn allen naar de Albert Heijn, helemaal verkeerd natuurlijk; had de Aldi moeten zijn, maar ja, eerste keer...prachtig en heel eenvoudig. Kijk, zeggen we, op ooghoogte staan alle dure spullen. Je moet bukken en zoeken naar het eigen merk.' Ping is een wervelstorm met gulle lach. Ze werkt al 23 jaar met asielzoekers. 'Weet je dat ik ooit de allereerste medewerker was, die door het COA is aangenomen', vertrouwt ze me later toe. Zo lang hier werken en dan nog zoveel lachen. Dat het kan. Of misschien moeten we het omdraaien. Wie het zo lang volhoudt in deze merkwaardige wereld – het stukje Nederland dat buiten de kaasstolp valt; die pikt er iets van mee. Life is sad, laten we er het beste van maken. Maar dan wel ook echt: met alle energie en in volle overtuiging.

13.15 uur Bruggen bouwen?

Waar MOA zich richt op preventie en begeleiding, zijn de successen in het formele begeleidingstraject naar de reguliere zorg wisselend. Gelukkig zijn er veel betrokken ketenpartners. Echter, er zijn nog steeds specialisten in ziekenhuizen, die geen tolken wensen in te schakelen; zijn er tandartsen, die weigeren de polis van de asielzoekers na te slaan, om te kijken of er nog iets anders mogelijk is dan vullen of trekken; zijn er psychiaters die liever wat meer pillen geven dan het gesprek aan te gaan.

De MOA klopt op de deur, komt voor haar cliënten op, als die daar zelf niet toe in staat zijn. Maar gehoor vind je niet bij voorbaat. Als MOA medewerker moet je sterk zijn in het bouwen van netwerken. Ook ketenpartners hebben in meerdere of mindere mate last van personeelswisselingen. Je moet dus blijvend investeren in het onderhoud van je contacten en het maken van heldere samenwerkingsafspraken. De kwaliteit van die contacten mag niet afhangen van de persoonlijke instelling of voorkeur van individuele medewerkers. Bruggen bouwen is dus vooral een kwestie van persoonlijk contact, op alle niveaus.

Bijvoorbeeld ook met de bewoners op het centrum. Frêze, tot slot nog eens: 'Zoals die ene man, die uit de rij werd opgepikt, het contact valt weg, de informatie valt weg. Het gaat dan niet alleen over Soa-Aids. Je hoort veel meer, de dingen die na vijven gebeuren, als het personeel van het centrum is. Ook de goede dingen, want die gebeuren er ook veel, mensen die elkaar helpen. En ik wil geen pleitbezorger zijn, helemaal niet, maar één ding weet ik wel. Het is overleven. Wachten op de uitslag. Niets meer.'

JEUGDGEZONDHEIDSZORG (JGZ)

In 2006 is een start gemaakt met de implementatie van het MOA-Basistakenpakket (BTP) voor de asielzoekersjeugd. In dit landelijk afgesproken pakket zijn de taken omschreven die door de JGZ worden uitgevoerd, zoals periodieke onderzoeken, vaccinaties en opvoedingsondersteuning. Invoering van de structurele Periodiek Gezondheidsonderzoeken (PGO) volgens een vast schema en het maken van afspraken over opvoedingsvoorlichting tussen JGZ en GVO kregen in 2006 prioriteit. Binnen het BTP is vastgelegd dat kinderen van asielzoekers regelmatig moeten worden gezien door de JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts, meer frequent dan de consultatie bij Nederlandse kinderen. Vergeleken met Nederlandse kinderen staan kinderen van asielzoekers vaker bloot aan stress, een risicofactor ook op de langere termijn. MOA Oost Nederland zal in 2007 verdere invulling geven aan alle binnen het BTP afgesproken taken.



14.00 uur PIT/IBW

PIT staat voor Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg; IBW is Intensieve Begeleide Woonvorm. Op Schalkhaar zijn er 25 plaatsen ingeruimd voor bewoners die het zonder structurele ondersteuning niet redden. Aparte plaatsen, want de omgeving wordt met opzet prikkelarm gehouden. Het project wordt begeleid door Adhesie, de regionale GGZ-instelling, die de behandelaars levert. Het COA is verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding. Ik krijg een rondleiding van Audrey. Een mevrouw is bezig een kralenketting te rijgen. Onder begeleiding. Er zitten nog wat bewoners bij. De rest is buitenshuis? 'De meeste mensen hebben een meer of minder gestructureerd dagprogramma', vertelt Audrey. 'Wij houden toezicht op het behandelplan en stimuleren de mensen waar nodig. De behandeling is in handen van de mensen van Adhesie.' Maar wat heeft de MOA nu voor bemoeienis met het PIT. 'Alles wat de medische zorg betreft', antwoordt Audrey. 'Als ze ziek zijn gaan ze ook naar de MOA. Maar dan is het wel belangrijk dat deze mensen al bekend zijn. Iemand met gedragsproblemen kan anders reageren. Stel dat er een mes in de tafel wordt geslagen. Daarom is er wekelijks overleg. Ook hier geldt dat we een lijn moeten trekken. Voorbeeld. Bij een gezin, dat hier zit, zijn we in gesprek over de opvoedingsstijl. Dat ligt natuurlijk erg gevoelig, zeker met de achtergrond van sommige mensen, hun ervaringen. Iemand uit het gezin zou ook dingen bij de MOA kunnen vertellen. Dan moet er niet op eigen houtje worden geopereerd. Het vertrouwen dat wij hebben, de ingang, is erg broos; kan met een wilde actie zo verdwenen zijn. Dat wil je niet. Is het vertrouwen weg, dan is de weg naar hulp ook weer dichtgeslagen.'

15.15 uur jeugd

Terug bij de MOA is Ping bezig de wachtkamer opnieuw in te kleeden, nieuwe ronde van het wachtkamerproject. Thema deze keer: veiligheid en fietsen. Veel plaatjes van riempjes bij kinderzitjes, jasbeschermers en kinderhelmpjes. 'Heeft een stagiaire allemaal bedacht, hartstikke goed. Heeft ze ontzettend veel van geleerd. Je moet de boodschap simpel houden, anders verdrinkt ie en dure

GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING (GVO)

De GVO heeft haar voorlichting geconcentreerd rond de organisatie van themamarkten en een zestal projecten. De themamarkten zijn op negen locaties uitgevoerd en bestrijken telkens meerdere thema's, aangepast aan de seizoenen. Voorbeelden zijn hooikoorts, zonnebrand en griep. De markten zijn laagdrempelig, waardoor contacten tussen MOA en asielzoekers op een ontspannen manier tot stand komen. Parallel aan de thema's op de markten zorgt de MOA voor wachtkamervoorlichting en zelfzorgadviezen.

- * Het wachtkamerproject informeert de asielzoeker met verschillende voorlichtingsmaterialen over gezondheidsgerelateerde onderwerpen. De thema's rouleren om de drie maanden. In 2006 is er aandacht besteed aan veiligheid, gezond gewicht, verslaving en huiselijk geweld.
- * Binnen de oriëntatietraining van het COA zijn er op de O&I-locaties gastlessen gegeven over de gezondheidszorg in Nederland.
- * Binnen het Aserag project (Asylumzoekers/refugees aids control Group) zijn 21 mannen opgeleid als peereducator. Zij geven voorlichting op de centra, onder andere over het gebruik van condooms. Voorlichters uit de eigen groep krijgen gemakkelijker contact met medebewoners, maar het initiatief voor activiteiten blijft bij de GVO liggen. Nu SOA AIDS Nederland het project begin 2007 afsluit zal nagedacht moeten worden over een vervolg.
- * Op meerdere centra is een vrouwengroep actief. De GVO streeft op basis van de opgedane ervaringen naar een landelijk in te zetten draaiboek.
- * MOA Oost Nederland heeft de basislijst MOA voorlichtingsmaterialen ontwikkeld, deze is eind 2006 landelijk beschikbaar gesteld door GGD Nederland.
- * Alle praktijkverpleegkundigen en JGZ-functionarissen zijn getraind in het hanteren van het gespreksprotocol en de aanvullende MOA werkinstructies meisjesbesnijdenis.



kinderzitjes van Bobike, tsja, daar hoef je natuurlijk niet mee aan te komen.' Mooie ronde schaterlach volgt. Ali haalt me op. 'Warry en ik hebben allebei zo meteen een afspraak, als je nog wat wilt weten.'

Koud zit ik, of de dames branden los. 'Bruggen genoeg,' zegt Warry. 'We hebben contact met het onderwijs, met de thuiszorg, met de RIAGG, de jeugdzorg, maar veel hangt af van hoe je je opstelt. Als ik ergens voor het eerst kom, vraag ik met nadruk om mij te bellen, als er iets niet duidelijk is, of als er iets irriteert. Je legt de situatie uit, hoe een centrum in elkaar zit, wat voor leven asielzoekers hier leiden, van hoeveel geld ze rond moeten komen. Simpele dingen. Veel mensen, ook hulpverleners hebben geen idee van de asielwereld. Wat wij hier bijvoorbeeld doen. Die denken nog steeds dat we met een mandje met pilletjes rond de deur gaan en iedereen elke dag vragen of ze nog iets nodig hebben. Dat geeft niet, maar daarom is voorlichting wel wezenlijk van belang.' Ali knikt, Warry heeft een verhaal te vertellen en vertelt enthousiast. 'Vanmiddag waren we op een van de scholen waar de kinderen van het centrum heen gaan. We nemen alle kinderen door, specifiek als er problemen zijn. Wij kennen een gezin op een andere manier, dat kan nuttig zijn. Als de tussenschoolse opvang ter sprake komt, leg ik uit dat een euro per dag misschien niet veel is; maar wel veel wordt als je dat voor een maand ineens moet betalen. Die dingen.'

Ali: 'Een keer in de zes weken bespreken we casuïstiek met de RIAGG en Bureau Jeugdzorg. Daar leren we veel van elkaar. Met de invoering van het basistakenpakket zien we kinderen regelmatig, meer frequent dan Nederlandse kinderen. Vanuit zo'n dossier kunnen er acties worden ondernomen.' Warry: 'We zijn niet negatief over de mogelijkheden. Natuurlijk, echt behandelen blijft moeilijk, maar je kan wel bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning inzetten, of gespecialiseerde gezinshulp.' Ali: 'Steunen en structureren...' Warry: '...en dat is wat anders dan pappen en nathouden.' Ali: 'Misschien roepen kinderen ook meer op, zijn mensen geneigd zich wat sneller in te spannen. Warry: 'Kan meespelen, dat het hart wat sneller klopt; toch geloof ik dat veel afhangt van de samenwerking. Bel me op, als er iets is of als je wilt dat ik nog een keer iets uitleg. De communicatie moet goed zijn.'

17.10 uur afsluiten

Dokter Max, de huisarts, zit in zijn kamer te werken, pc problemen op zijn andere werkplek. Jawel, hij wil wel afsluiten. Ik loop met Lynda en Bart naar buiten. Het regent niet eens, best een mooie dag. Op het terrein begint de drukte. Bewoners zoeken elkaar op, kletsen en roken wat; er wordt gekookt, kinderen spelen buiten. Ik rijd te hard het centrum af en bots over een verkeersdrempel. Van een tegemoet komende bewoner krijg ik een vermanende vinger. Die is al ingeburgerd, denk ik. Buiten wacht er een andere wereld. Of bestaat die scheiding alleen maar in mijn hoofd, sombermans? Er werd veel gelachen, bedenk ik mij. Moet de moeite waard zijn, daar te werken, kan niet anders!

O ja, 's middags is er door een buur van mevrouw Ksolo een rolstoel opgeduikeld, helaas zonder beensteun en mevrouw Qian is bevallen en alweer terug, in de kraamkamer op het centrum. Dan moet het goed gegaan zijn. Het was een meisje, 7 pond.

Frans Kerver

* alle namen van bewoners van azc Schalkhaar zijn gefingeerd om redenen van privacy.

Incidenten	1 ^e Kwartaal	2 ^e Kwartaal	3 ^e Kwartaal	4 ^e Kwartaal
Tentamen suïcide	2	6	3	6
Overlijden	1	3	2	1
Honger/dortststaking	1	2	0	0
Schokkende gebeurtenissen	3	3	1	0
Signalen van onveiligheid	1	0	0	1
Schrijnende situaties	0	2	5	4
Bedrijfsongevallen	0	0	0	1
Agressie incidenten	1	2	2	3
Prik, snij- en bijtincidenten	0	0	0	0
Persgevoelige voorvallen	0	0	0	0

Tot en met augustus 2005 werd abortus provocatus (landelijk) geregistreerd. De verzamelde gegevens zijn verwerkt in een rapport dat onder verantwoordelijkheid van GGD Nederland is uitgegeven (Abortus onder asielzoeksters in de centrale opvang, 2006, GGD Nederland).



MELDINGEN EN KLACHTEN

Medewerkers rapporteren meldingen, incidenten en klachten bij het regiomanagement. Medische incidenten (bijna-fouten) worden (ook) bij de MIP-commissie gemeld. De MIP commissie brengt haar eigen jaarverslag uit.

In aansluiting op het landelijk protocol P 19 is een matrix ontwikkeld, die de meldprocedure inzichtelijk maakt. Desondanks lijkt er nog steeds sprake te zijn van structurele onderrapportage. MOA Oost Nederland ontwikkelt in 2007 een digitale procedure, die melden via het intranet mogelijk maakt en vereenvoudigt.

Ondernomen acties:

* Elk kwartaal zijn de meldingen gerapporteerd aan het LSB (Landelijk Service Bureau/ GGD Nederland) en de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg).

* De clustermanagers hebben het belang van melden onder de aandacht gebracht van de medewerkers.

* De medewerkers is de mogelijkheid geboden zich te scholen in het omgaan met de eigen machteloosheid en het omgaan met agressie.

* De teamcoördinatoren en clustermanagers zijn getraind in de nazorg en opvang van calamiteiten.

De klachtenprocedure biedt asielzoekers de mogelijkheid een schriftelijke klacht in te dienen bij de landelijke klachtencommissie. De commissie kreeg in 2006 geen klachten over MOA Oost Nederland. Medewerkers hebben ook geen klachten 'aan de balie' geregistreerd. Uitingen van onvrede door asielzoekers worden dus niet geregistreerd, ondanks herhaalde afspraken hierover. Mogelijk is de procedure of de definitie van een klacht onduidelijk, of overheerst het gevoel dat uitingen van onvrede 'nu eenmaal bij het werk horen'. Binnen de herziening van het kwaliteitsmanagementsysteem zal MOA Oost Nederland expliciet aandacht schenken aan de klachtenprocedure.



KWALITEIT 2006: WERKEN AAN SAMENHANG

Afwijken van het protocol, op goede gronden, omdat het beter is voor deze patiënt, dát is nou kwaliteit.

*(*Anne Roukema, kankerspecialist uit Tilburg in de Volkskrant 25 april 2007)*

In 2004 is MOA Oost Nederland gestart met de opbouw en invoering van een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) naar de normen van het HKZ-certificatieschema (landelijk vastgesteld voor de MOA in 2004). Eind 2006 heeft MOA Oost Nederland een proefaudit laten uitvoeren.

Het auditrapport maakt duidelijk dat de organisatie er nog niet in slaagt het systeem te integreren met het beleid en de dagelijkse praktijk in de centra. Het KMS is naar effectiviteit en efficiency nog niet de motor voor kwaliteitsverbetering. De uitkomsten van de proefaudit leveren wel voldoende gegevens om in 2007 deze slag te slaan.

Belangrijkste constatering van de externe auditoren is dat het cyclisch werken nog onvoldoende is ontwikkeld. Verbeteren vanuit procesresultaten is de kern van het kwaliteitsmanagement. Echter, de effecten van het in gang gezette kwaliteitsbeleid zijn nog niet direct meetbaar en gezien de uitkomsten van de proefaudit ook onvoldoende merkbaar. Belemmeringen in de opzet van het systeem voor kwaliteitsmanagement weerhouden medewerkers en management er van optimaal gebruik te maken van het systeem. Daarnaast wordt er onvoldoende geverifieerd of iedereen werkt zoals is afgesproken. Afwijkingen van de vastgelegde werkwijze hebben bovendien geen of onvoldoende consequenties.

MOA Oost Nederland heeft zich naar aanleiding van het auditrapport voorgenomen voor 1 juni 2007 te komen tot:

- * Een herzien KMS waarin de processen en de samenhang tussen de processen opnieuw zijn beoordeeld en in kaart gebracht.
- * Een samenvoeging van kwaliteitshandboek en beleidshandboek in één handzaam en toegankelijk systeem.
- * Meetbare kwaliteitsdoelstellingen, expliciet naar alle niveau's binnen de organisatie.
- * Het structureel gebruiken van resultaten uit registraties, evaluaties en onderzoeken voor verbeteracties, waarmee het cyclisch werken aantoonbaar is geregeld.

WERKEN AAN KWALITEIT

Werken aan kwaliteit in 2006 betekende

- * Screening van het kwaliteitshandboek
- * Deelname auditstimuleringsplan van de Kring Oost Nederland
- * Opfrustraining auditoren
- * Interne audit van alle procedures en protocollen
- * Evaluatie en voortzetting inzet aandachtsfunctionarissen kwaliteit
- * Vastleggen lokale werkafspraken
- * Onderzoek naar tevredenheid ketenpartners
- * Proefaudit

PROEFAUDIT

In het najaar van 2006 is MOA Oost Nederland voor de eerste keer bezocht door een extern auditteam van een certificerende instelling.

Bij de proefaudit is gekeken of de organisatie

- * alle essentiële processen aantoonbaar heeft geregeld en of
- * deze in de uitvoering effectief operationeel zijn.

Het auditteam geeft in haar rapportage aan dat (te) veel is geregeld op papier, maar daar in de praktijk te weinig naar wordt gehandeld, c.q. naar kan worden gehandeld.

Processen en procedures zijn weliswaar uitvoerig beschreven, soms zelfs te gedetailleerd, maar vertonen overlap en inconsistentie.

Kwaliteitshandboek en beleidshandboek samen zijn in hun opzet niet altijd doorzichtig en daardoor, praktisch gezien, ontoegankelijk.

Maatregelen naar aanleiding van beleidsbeoordelingen, interne audits of andersoortige onderzoeken worden niet altijd consequent doorgevoerd. Onvolkomenheden in het systeem belemmeren een effectieve doorgang naar verbetering.

De voornaamste conclusie luidt dan ook dat het cyclisch werken, het werken vanuit procesresultaten naar verbetering, nog niet voldoende is ontwikkeld, omdat

- * Cyclisch werken als basaal principe niet terug te vinden is in de procesbeschrijvingen.
- * Procedures niet eenduidig zijn terug te vinden binnen het KMS.
- * Er geen doelstellingen zijn bepaald voor cliënttevredenheid, resultaten van de zorgverlening en de primaire en ondersteunende processen, als wezenlijke dimensies binnen de HKZ.
- * Er geen sluitende cycli zijn voor meldingen van incidenten, resultaten van interne audits, klachten en afwijkingen en waarderingsonderzoeken.
- * Met het huidige systeem van interne audits niet kan worden vastgesteld of het KMS overeenkomt met de eisen van het HKZ-certificatieschema en de eisen die de organisatie zichzelf oplegt.
- * Besloten maatregelen niet worden geverifieerd op implementatie en effectiviteit.
- * Een structurele terugkoppeling ontbreekt naar de kwaliteitsfunctie, waardoor er weinig zicht is op de actuele status van tekortkomingen, afwijkingen en maatregelen.

Het advies van het auditteam richt zich op:

- * De herbeoordeling van het KMS op werking, effectiviteit en functionaliteit.
- * De evaluatie en herinrichting van het KMS naar samenhang tussen de processen.
- * De integratie van het KMS met (de doelstellingen binnen) de beleidscyclus.
- * De herinrichting van de interne audit, naar systematiek, planning, uitvoering, evaluatie van resultaten, registratie, opvolging van maatregelen en verificatie vanuit één centraal punt.



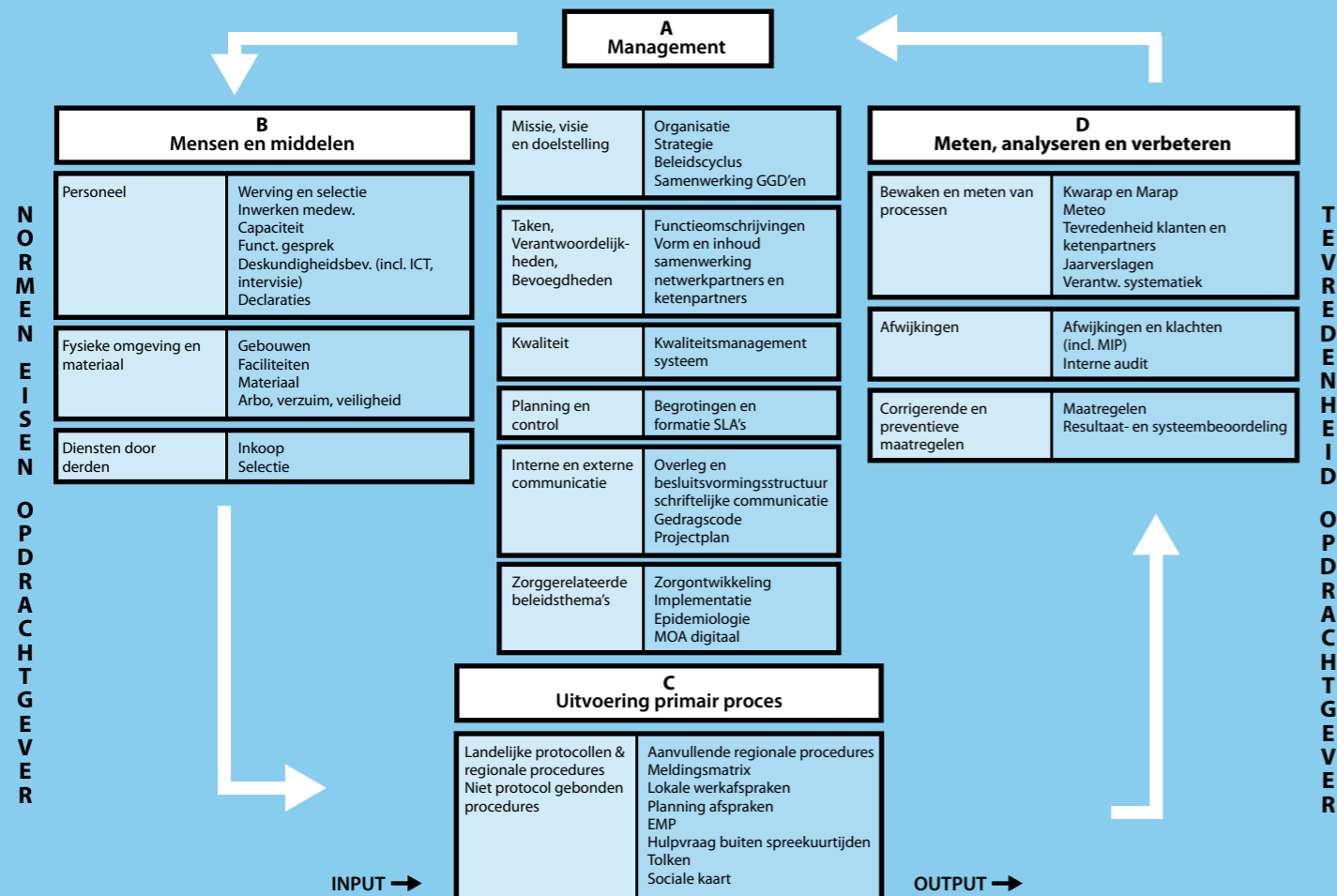
MOTTO

Het motto boven de samenvatting van het kwaliteitsverslag veronderstelt dat er van afspraken en regels kan worden afgeweken. MOA werk is mensenwerk bij uitstek. Asielzoekers vragen veel tijd en aandacht in de begeleiding. Daar hebben zij ook recht op. Vraagverduidelijking en voorlichting zijn wezenlijke componenten in de zorg voor asielzoekers.

Een kwaliteitsmanagementsysteem is nodig om de kwaliteit van zorg planmatig te beheersen en sturen. De uitdaging bestaat hieruit dat het systeem ondersteunend is in de relatie van de zorgverlener met de cliënt. Juist in het MOA-werk, waar weinig contacten routinematig kunnen worden afgehandeld, kan een systeem de kennis en kunde van haar medewerkers niet vervangen. Professioneel handelen betekent dus verantwoordelijkheid nemen voor elke unieke cliënt. Beslissingen durven te nemen die afwijken van de voorschriften, als dat in het belang is van de cliënt.

Een werkend kwaliteitssysteem zorgt ervoor dat de afspraken binnen alle (zorg)processen bekend zijn en toegankelijk zijn voor medewerkers, gemakkelijk na te slaan en te hanteren. Tegelijkertijd moet het systeem openstaan voor de invloed van de professional, de ervaringen uit de praktijk moeten het systeem voeden. Kwaliteit is dan niet langer in hoofdzaak een optelsom van de individuele capaciteiten van medewerkers, maar het collectieve geheugen van een organisatie en de motor voor continue verbetering.

Afwijken is dus noodzakelijk, mits je de regels kent en de bereidheid en inzet hebt om beslissingen te verantwoorden.



DOORSTART KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM

Het management van MOA Oost Nederland heeft zich het auditrapport ter harte genomen. Allereerst zijn de uitkomsten in een plenaire bijeenkomst met de medewerkers toegelicht en besproken. Op basis van het auditrapport en de input van de medewerkers is een plan van aanpak geschreven. De stuurgroep HKZ blijft in zijn huidige omvang functioneren. De directeur uitvoering is als projectleider kwaliteit eindverantwoordelijk voor de nieuwe opzet en herimplementatie van het KMS, tegelijk zal de beleidsmedewerker de dagelijkse coördinatie en procesbewaking op zich nemen.

Inmiddels is er een processchema opgesteld, waarin alle relevante processen binnen MOA Oost Nederland zijn ondergebracht. De structuur van het processchema komt terug bij de indeling van het beleidsplan 2007, de resultaat- en systeembeoordeling en bij de indeling van het kwaliteitshandboek.

In het beleidsplan, de daarvan afgeleide werkplannen en het kwaliteitsbeleid voor 2007 zal aandacht zijn voor het formuleren van meetbare kwaliteitsdoelstellingen.

Beleid zal worden geformuleerd met oog voor verificatie en het opvolgen van genomen maatregelen. Een voorbeeld hiervan is de resultaat- en systeembeoordeling, waarin verantwoordelijkheden in de procedure zijn vastgelegd. Wie levert op welk moment, welke informatie, voortgaand aan de resultaat- en systeembeoordeling. Uitvoering van genomen maatregelen is expliciet agendapunt tijdens de resultaat- en systeembeoordeling.

Het auditen van losse procedures en protocollen bleek niet alleen inefficiënt voor de interne auditoren, maar leverde ook een teveel aan informatie op. De hoeveelheid gedetailleerde informatie zorgde voor een verstopping van de verbetercyclus. In het nieuwe auditbeleid (2007) gaat MOA Oost Nederland uit van locatie audits, gefocust op een onderwerp, zoals de implementatie van een nieuw product. Meer gerichte informatie zorgt voor betere sturing.

Het beleidshandboek en kwaliteitshandboek zullen worden samengevoegd en ingedeeld volgens het procesmodel. Daarmee zijn beleid en afgeleide procedures gericht, op onderwerp terug te vinden. De inhoud van de beide handboeken zal gescreend worden aan de hand van vooraf vastgestelde criteria.

Het kwaliteitshandboek zal niet in papieren versie beschikbaar zijn voor de medewerkers. De toegankelijkheid op de MOA-website verdient daarom aandacht. In 2007 moet het mogelijk zijn om in procedures via hyperlinks door te klikken naar onderliggende formulieren of instructies. Tot slot streven wij naar het instellen van een digitaal meldpunt.

MEER VERBETERPUNTEN

- * Het consequent en volledig toepassen van de POR-methodiek zal in 2007 worden geaudit in het kader van dossierafhandeling. De POR methodiek is de leidraad voor verslaglegging in de cliëntendossiers.
- * Medewerkers worden geschoold bij de invoering van het in 2006 landelijk vastgestelde zorgplan voor de MOA.
- * Landelijk stelt de Bestuurscommissie MOA begin 2007 de gedragscode vast. MOA Oost Nederland zal deze in de organisatie invoeren. Tegelijk zullen de implicaties van de code voor het dagelijkse werk, inclusief de toetsing op naleving van de code, in eigen beleid worden vastgelegd.
- * Bij een nieuw (thema-)onderzoek naar klanttevredenheid onder asielzoekers in 2007, zal vooraf worden vastgesteld welke informatie gegenereerd moet worden, als direct bruikbare opbrengst voor verbetering van de dienstverlening.
- * Werkafspraken zijn vastgelegd op alle locaties en worden structureel geëvalueerd. Nieuwe en/of tijdelijke medewerkers zijn van meet af aan bekend met de dagelijkse gang van zaken op het centrum en de communicatie naar ketenpartners.
- * Binnen het MOA-intranet wordt in 2007 een (digitaal) meldpunt ingericht. Hiermee wordt het doen van meldingen over bijvoorbeeld honger- en dorststakingen vereenvoudigd.
 - * In 2007 worden de functioneringsgesprekken weer opgestart.
 - * ICT voor artsen en praktijkverpleegkundigen krijgt een duidelijke plaats in de organisatie.

WAARDERING KETENPARTNERS

MOA Oost Nederland heeft najaar 2006 een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd onder haar belangrijkste ketenpartners. In samenspraak met medewerkers zijn 120 partners benaderd uit de beoogde doelgroep, waarvan 55 de vragenlijst retourneerden (respons 46%):

- * Huisartsen
- * Thuiszorg (contactpersonen binnen de afdelingen wijkverpleging, gespecialiseerde gezinszorg en JGZ voor 0-4 jarigen)
- * GGZ (contactpersonen binnen de afdelingen jeugd en volwassenen en de crisisdienst)
- * Verloskundigen
- * GGD (contactpersonen binnen de afdelingen AGZ en JGZ)
- * COA (locatiecoördinator en hoofd wonen)

De helft van de respondenten geeft aan onvoldoende geïnformeerd te zijn over de missie en visie van de MOA en/of over de producten en diensten (53%). Ook geven de respondenten aan onvoldoende betrokken te worden bij het meerjarenbeleid van de MOA (42%).

De respondenten hebben met veel wisselingen in het personeelsbestand te maken gehad. Als gevolg van deze wisselingen zijn nieuwe of tijdelijke medewerkers niet altijd van meet af bekend met de werkafspraken met de externe zorgverleners. In de opmerkingen bij de vragenlijst gaven enkele ketenpartners blijk van hun irritatie hierover. Regelmatig werd aangegeven dat het verloop van de samenwerking afhankelijk was van de individuele medewerker. Bij ca 62% van de ondervraagden is het zorgplan van de MOA onbekend.

Het onderzoek maakt duidelijk dat communicatie met ketenpartners structurele aandacht nodig heeft. De MOA is voor asielzoekers de poort naar de gezondheidszorg in Nederland. Als deze brugfunctie onvoldoende herkend wordt, kan dit de kwaliteit van de zorg aan asielzoekers schaden.



Balans per 31 december 2006 (Bedragen x € 1000,-)

	Balans per 31-12-2005	Balans per 31-12-2006
Activa		
<i>Materiële vaste activa</i>		
Aanschafwaarde meubilair	19	19
Cumulatieve afschrijvingen	-11	-13
	8	6
<i>Vlottende activa</i>		
Debiteuren	56	10
Belastingen en premies sociale verzekeringen	65	69
Overige vorderingen en overlopende activa	164	104
	285	183
<i>Liquide middelen</i>		
Bank Nederlandse Gemeenten	1.100	439
	1.394	628
Passiva		
<i>Voorzieningen</i>		
Voorziening verlofuren	65	45
Voorziening vakantiegeld	204	141
	269	186
<i>Kort lopende schulden</i>		
Crediteuren	99	0
Belastingen en premies sociale verzekeringen	274	167
Overige vorderingen en overlopende passiva	752	275
	1.125	442
	1.394	628

Exploitatierkening 2006 (Bedragen x € 1000,-)

Baten

	Jaarrekening 2005	Begroting 2006	Exploitatie 2006	Vershil
Bijdrage samenwerkingsverband	7.132	5.950	5.133	817
Totale baten	7.132	5.950	5.133	817

Lasten

Structurele kosten	Jaarrekening 2005	Begroting 2006	Exploitatie 2006	Vershil
Salarissen en toelagen	3.528	3.064	2.730	334
Kosten ingehuurd personeel	179		222	-222
Sociale lasten	814	882	580	302
Secundaire arbeidsvoorwaarden	144	153	103	50
Overige personeelskosten	292	61	223	-162
Voorziening ziekteverzuim	592	153	328	-175
<i>Totale structurele lasten</i>	<i>5.549</i>	<i>4.314</i>	<i>4.186</i>	<i>128</i>
Huisvestings- en kantoorkosten	73	64	63	1
Garantiesalarissen	183	170	156	14
Meerkosten duurder p-bestand	208	165	158	7
Opleidingskosten	61	113	18	95
Krimpkosten	969	1.025	497	528
Doktersassistententaken	89	99	55	44
<i>Totale niet structurele lasten</i>	<i>1.583</i>	<i>1.636</i>	<i>947</i>	<i>689</i>
Totale lasten	7.132	5.950	5.133	817
Saldo baten - lasten	0	0	0	0

Raad van Toezicht:

R. Santing, Voorzitter
Y. Schat, Directeur Bestuurder
L. de Vries, GGD Gelre IJssel
W. Keijzer, GGD Nijmegen
F. Coumans, GGD Rivierenland
H. Derks/Th. van Rijmenam a.i., GGD Twente
H. Ensing, GGD IJssel-Vecht
S. Mertens, op voordracht OR
E. Gaarlandt, op voordracht OR

Management:

Jules Kroese, Directeur Uitvoering
Anneke Visser, Clustermanager Gelderland
Gerda Beekers, Clustermanager Overijssel
Adrie Bijl, Controller
Alja Bastiaansen, P&O beleidsmedewerker

Stafleden:

Ellen Eggink, P&O beleidsmedewerker
Alja Bastiaansen, P&O beleidsmedewerker
Ans Morvan, Beleidsmedewerker Kwaliteit
Joyce Nellissen, Beleidsmedewerker Algemeen
Lynda la Paine, Beleidsmedewerker

Teamcoördinatoren:

Gonnie van Kranenburg
Marian Lenders
Jennie Slomp
Corrie Wijkniet

Ondernemingsraad:

Wil Hendriks
John Muskens
Ali Poot
Christina Tijsma
Anke Bosboom-Abbink
Corrie Wijkniet
Amita Ramnarain
Simone de Groot
Marinka de Feijter
Marianne van Geleuken



Gebruikte afkortingen

AGZ	Algemene Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ANW	Avond-, Nacht- en Weekenddienst
AZC	Asielzoekerscentrum
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
COA	Centraal Orgaan opvang asielzoekers
GGD	Gemeenschappelijke Geneeskundige Dienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIV	Humaan immunodeficiëntie virus
HKZ	(stichting) Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen
ICT	Intercollegiale Toetsing
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LSB	Landelijk Service Bureau MOA
MARAP	Managementrapportage
MDO	Multidisciplinair Overleg
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NSM	Neumans System Model
O&i	Oriëntatie & inburgering
OR	Ondernemingsraad
PIT/RIBW	Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg/Regionale Instelling Beschermd Wonen
RvT	Raad van Toezicht
SLA	Service Level Agreement
SOA	Sexueel overdraagbare aandoening
TBC	Tuberculose
ZRA	Ziektekosten Regeling Asielzoekers

COLOFON

Tekst: Lynda La Paine, Frans Kerver
Foto's: MOA Oost Nederland, Martine Hoving
Redactie en productie: Frans Kerver
Eindredactie: Lynda La Paine
Vormgeving: Spoetnik
Druk: Scholma druk Bedum
Eindverantwoordelijk: MOA Oost Nederland;
Lynda La Paine, Jules Kroese
MOA Oost Nederland
Regiokantoor: Hulpverlening Gelderland Midden
Postbus 5364
6802 EJ Arnhem
Tel: 026-3775511
Fax: 026-3775187

